

## Комментарий к статье «Среднесрочные результаты комплексного лечения детей с диспластическим коксартрозом I–II стадии»

И.Ф. Ахтямов

ФГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Казань, Россия

## Comment to the Article “The Medium-Term Results of Complex Treatment of the Children with I-II Stage Dysplastic Osteoarthritis”

I.F. Akhtyamov

Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

Дисплазия — достаточно частая врожденная патология тазобедренного сустава (3–4 случая на 1000 новорождённых) [1, 2, 3]. Несвоевременный или порочный вариант лечения неизменно приводит к развитию коксартроза [4, 5]. В 1969 г. на II Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в Риге была сформирована концепция функционального и органосохраняющего направления в лечении врожденного вывиха бедра у детей. Этапное лечение по Лоренцу с многомесячной жесткой фиксацией нижних конечностей ребенка в определенных положениях был отвергнут ввиду большого числа осложнений и остаточных дефектов развития тазобедренных суставов. Было предложено отказаться от метода открытого вправления по Колонна и рекомендовано щадящее вправление врожденного вывиха бедра без удаления хрящевого покрова вертлужной впадины с реконструкцией элементов сустава.

Полувековой опыт, несомненно, дал зримый эффект в лечении детей с дисплазией тазобедрен-

ного сустава. Щадящее вправление вывиха бедра, сохранение хрящевого слоя, восстановление нормальных биомеханических параметров и взаимоотношений элементов тазобедренного сустава, внесуставной характер вмешательства — вот критерии, ставшие основой выбора лечения для детских ортопедов. В профильных отделениях сегодня все меньше детей с невправленным вывихом бедра, но дисплазия остается ахиллесовой пятой специальности. Количество диспластических коксартрозов как показания к эндопротезированию не уменьшается, а пациенты с этой патологией все молодеют. И дело не в том, что коррекция бедренного и тазового компонентов этим пациентам не проводится, а в том, как это делается, в каком возрасте и как формируется и отслеживается результат лечения.

В клинике хирургии тазобедренного сустава НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера в конце прошлого века была сформирована и проповедовалась концепция хирургического лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей. Многолетний успешный опыт белорусской школы ортопедов расширил показания к реконструкции сустава и для подростков, но, к великому сожалению, это не стало стандартом в лечении столь сложной патологии. Именно внесуставная

### • Комментарий к статье

Бортулёв П.И., Виссарионов С.В., Бортулёва О.В., Басков В.Е., Барсуков Д.Б., Поздников И.Ю., Баскаева Т.В. Среднесрочные результаты комплексного лечения детей с диспластическим коксартрозом I–II стадии. *Травматология и ортопедия России*. 2020;26(3):93-105. doi: 10.21823/2311-2905-2020-26-3-93-105.

Ахтямов И.Ф. Комментарий к статье «Среднесрочные результаты комплексного лечения детей с диспластическим коксартрозом I–II стадии». *Травматология и ортопедия России*. 2020;26(3):106-108. doi: 10.21823/2311-2905-2020-26-3-106-108.

**Cite as:** Akhtyamov I.F. [Comment to the Article “The Medium-Term Results of Complex Treatment of the Children with I-II Stage Dysplastic Osteoarthritis”]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2020;26(3):106-108. (In Russian). doi: 10.21823/2311-2905-2020-26-3-106-108.

✉ Ахтямов Ильдар Фуатович / Ildar F. Akhtyamov; e-mail: yalta60@mail.ru

коррекция тазового и бедренного компонентов при т.н. прекоксартрозе до наступления периода «светлого промежутка», характерного для дисплазии сустава, давала наилучшие анатомические и функциональные результаты, и многие клиники нашей страны поддержали это направление [6, 7, 8].

В последние годы система пространственной коррекция элементов сустава получила значительное подспорье в связи с внедрением стабильного остеосинтеза фрагментов спонгиозными винтами, пластинами Pediatric hip plate и т.п. [9]. Эти конструкции позволили изменить подходы к послеоперационной реабилитации пациентов и значительно улучшить результаты лечения.

На сегодня проблема восстановления пациентов после вмешательств на тазобедренном суставе более чем актуальна [10, 11]. Благодаря исследованиям реабилитологов из НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера формируется интересное направление в восстановлении пациентов с патологией тазобедренного сустава. Следует отдать должное работе О.В. Бортулёвой, поднявшей столь важную тему [12]. В отечественной литературе крайне мало подобных публикаций и вот, как мы видим из комментируемой статьи, это исследование продолжается.

Многолетние попытки добиться успеха при реконструктивной хирургии тазобедренного сустава у взрослых пациентов на патологически сформированном суставе, к сожалению, не всегда приводят к ожидаемому результату [13, 14]. Думается, что есть несколько причин этого. С одной стороны, это извечные проблемы преемственности в специальности. «Взрослые» ортопеды не знают, что, когда и насколько обоснованно применили «детские» ортопеды, а те, в свою очередь, не знают отдаленные результаты проведенного ими лечения. Отсутствие должного диспансерного контроля за состоянием пациента по достижении им 18-летнего возраста — это вина не нынешнего поколения врачей, а результат искусственного неразумного деления в бытность единой классической ортопедии.

Появление статьи П.И. Бортулёва с соавторами и расставленные в ней акценты на необходимость восстановительного лечения детей после хирургической реконструкции тазобедренного сустава в очередной раз подчеркивает актуальность проблемы преемственности в нашей специальности. Следует приветствовать подход авторов статьи к комплексному лечению, включающему хирургическое вмешательство на тазобедренном суставе и реабилитацию с ранней вертикализацией подростков с диспластическим коксартрозом. Сложно было бы рассчитывать на возможность раннего функционального восстановления подростков без выполнения стабильного остеосинтеза, без которого ранняя вертикализация пациентов, т.е.

основа авторской методики реабилитации, была бы невозможна.

Жаль, что часть пациентов была потеряна для дальнейшего наблюдения в связи с достижением совершеннолетия и переходом под наблюдение травматологов-ортопедов взрослой поликлинической сети. Искусственное разделение на возрастные категории делает интереснейшее исследование ограниченным в плане оценки отдаленных результатов. Можно отметить интересный раздел, в котором подчеркивается необходимость строгого достижения возрастных анатомических параметров проксимального отдела бедра и вертлужной впадины именно у подростков, поскольку расчет на нивелирование торсионной и варусной гиперкоррекции оправдан лишь у детей младшего возраста [15]. Собственно, авторы этим и ограничиваются в оценке хирургического компонента лечения дисплазии сустава, акцентируется внимание на восстановительном лечении.

Здесь следует задаться вопросом о сроках возможной более ранней полноценной нагрузки на оперированную конечность. Приведен убедительный пример успешной ранней (3–4 нед. после реконструкции сустава) активизации пациентов в клинике Гейдельберга в Германии [16]. Почему же авторы, несмотря на оптимальные сроки вертикализации пациента (вторая неделя после вмешательства), не пошли дальше? Почему не разрешили более раннюю, пусть постепенную, нагрузку на сустав, а лишь через 6 мес.? Возможно, их смутили исследования японских коллег, но они разрешали нагрузку взрослым пациентам непосредственно после вмешательства. Возникает желание найти оптимальную золотую середину? В очередной раз чаша весов склоняется в сторону более ранней реконструкции сустава при диспластическом коксартрозе в подростковом возрасте без отсрочки на будущее [9, 17].

### Литература [References]

1. Гончеренко В.А., Стронина С.Н., Клестова Е.О.. Врожденный вывих бедра: частота, структура, анализ методов диагностики и лечения. *Молодой ученый*. 2016;107(3):257-259. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/107/24644/>.  
Goncherenko V.A., Stronina S.N., Klestova E.O. Congenital dislocation of the hip: frequency, structure, analysis of diagnostic and treatment methods. *Molodoy uchenyy* [Young researcher]. 2016;107(3): 257-259. (In Russian). Available from: <https://moluch.ru/archive/107/24644/>.
2. Волошин С.Ю., Белоусова Е.А. Особенности реабилитации детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра на этапах консервативного лечения. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2015;3(2):66-70. doi: 10.17816/PTORS3266-70.  
Voloshin S.Y., Belousova E.A. [Rehabilitation of features in infants with congenital hip dislocation

- and the stages of conservative treatment]. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta* [Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery]. 2015;3(2):66-70. (In Russian). doi: 10.17816/PTORS3266-70.
3. Stenroos A., Laaksonen T., Nietosvaara Y. Traumatic hip dislocation in pediatric patients. *Duodecim*. 2017;133(8):749-752.
  4. Schmitz M.R., Murtha A.S., Clohisy J.C. Developmental Dysplasia of the Hip in Adolescents and Young Adults. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(3):91-101. doi: 10.5435/JAAOS-D-18-00533.
  5. Pollet V., Castelein R.M., van de Sande M., Witbreuk M., Mostert A.K., Besselaar A. et al. Abduction treatment in stable hip dysplasia does not alter the acetabular growth: results of a randomized clinical trial. *Scientific Reposts*. 2020;10(1):9647. doi: 10.1038/s41598-020-66634-1.
  6. Ахтямов И.Ф., Соколовский О.А. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава. Казань; 2008. 371 с.  
Akhtyamov I.F., Sokolovsky O.A. [Surgical Treatment of Hip Dysplasia]. Kazan; 2008. 371 p. (In Russian)
  7. Басков В.Е., Камоско М.М., Барсуков Д.Б., Поздник И.Ю., Кожевников В.В., Григорьев И.В. и др. Транспозиция вертлужной впадины после подвздошно-седалищной остеотомии таза при лечении дисплазии тазобедренного сустава у детей. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2016;4(2):5-11. doi: 10.17816/PTORS425-11.  
Baskov V.E., Kamosko M.M., Barsukov D.B., Pozdnikin I.Yu., Kozhevnikov V.V., Grigoriev I.V. et al. [Transposition of the acetabulum after ilioischial osteotomy of the pelvis in the treatment of hip dysplasia in children]. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta* [Pediatric Traumatology, Orthopedics and Reconstructive Surgery]. 2016;4(2): 5-11. (In Russian). doi: 10.17816 / PTORS425-11.
  8. Кожевников В.В., Ворончихин Е.В., Григоричева Л.Г., Лобанов М.Н., Буркова И.Н. Показания и эффективность лечения детей с остаточной дисплазией тазобедренного сустава путем тройной остеотомии таза. *Детская хирургия*. 2017;21(4):197-201. doi: 10.18821/1560-9510-2017-21-4-197-201.  
Kozhevnikov V.V., Voronchikhin E.V., Grigorieva L.G., Lobanov M.N., Burkova I.N. [Indications for and efficiency of treatment of children with residual hip joint dysplasia by triple pelvic osteotomy]. *Detskaya khirurgiya* [Pediatric Surgery]. 2017;21(4):197-201. (In Russian). doi: 10.18821/1560-9510-2017-21-4-197-201.
  9. Gala L., Clohisy J.C., Beaulé P.E. Hip Dysplasia in the Young Adult. *J Bone Joint Surg Am*. 2016;98(1):63-73. doi: 10.2106/JBJS.O.00109.
  10. Adler K.L., Cook P.C., Geisler P.R., Yen Y.M., Giordano B.D. Current Concepts in Hip Preservation Surgery: Part II — Rehabilitation. *Sports Health*. 2016;8(1):57-64. doi: 10.1177/1941738115577621.
  11. Murtha A.S., Bomar J.D., Johnson K.P., Upasani V.V., Pennock A.T. Acetabular labral tears in the adolescent athlete: results of a graduated management protocol from therapy to arthroscopy. *J Pediatr Orthop B*. 2020 Aug 18. doi: 10.1097/BPB.0000000000000793. [Epub ahead of print].
  12. Бортулёва О.В. Оценка клинично-функционального состояния тазобедренного сустава на этапах комплексного лечения диспластического коксартроза I–II стадии у детей. Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2019.  
Bortuleva O.V. [Assessment of the clinical and functional state of the hip joint at the stages of complex treatment of stage I – II dysplastic coxarthrosis in children]. Dis. ... Cand. Med. Sciences. SPb.; 2019. (In Russian).
  13. Герасимов С.А., Корыткин А.А., Герасимов Е.А., Ковалдов К.А., Новикова Я.С. Остеотомии таза как метод лечения дисплазии тазобедренного сустава. Современное состояние вопроса. *Совершенные проблемы науки и образования*. 2018;(4). Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27765>.  
Gerasimov S.A., Korytkin A.A., Gerasimov E.A., Kovaldov K.A., Novikova Ya.S. [Pelvic osteotomies as a treatment option for development dysplasia of the hip. Current concepts]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern Problems of Science and Education]. 2018;(4). (In Russian). Available from: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27765>.
  14. Ito H., Tanino H., Sato T., Nishida Y., Matsuno T. Early weight-bearing after periacetabular osteotomy leads to a high incidence of postoperative pelvic fractures. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:234. doi: 10.1186/1471-2474-15-234.
  15. Louahem M'sabah D., Assi C., Cottalorda J. Proximal femoral osteotomies in children. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2013;99(1 Suppl):S171-S186. doi: 10.1016/j.otsr.2012.11.003.
  16. Gather K.S., von Stillfried E., Hagmann S., Müller S., Dreher T. Outcome after early mobilization following hip reconstruction in children with developmental hip dysplasia and luxation. *World J Pediatr*. 2018. 14(2): 176-183. doi: 10.1007/s12519-017-0105-7.
  17. Al-Essa R.S., Aljahdali F.H., Alkhalawi R.M., Philip W., Jawadi A.H., Khoshhal K.I. Diagnosis and treatment of developmental dysplasia of the hip: A current practice of paediatric orthopaedic surgeons. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2017;25(2):2309499017717197. doi: 10.1177/2309499017717197.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Ахтямов Ильдар Фуатович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний, ФГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Россия

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4910-8835>

## AUTHOR'S INFORMATION:

Ildar F. Akhtyamov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Traumatology, Orthopedics and Surgery of Extreme States Department, Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4910-8835>